

Kazuistyka sądowo-orzecznicza czy uogólniająca się tendencja w pozwach o błąd medyczny przeciwko oddziałom szpitalnym – na przykładzie stwardnienia rozsianego

Forensic casuistry or case law generalizing tendency of dozen cases of medical malpractice against a hospital branches – for example multiple sclerosis

JERZY T. MARCINKOWSKI^{1/}, ANETA KLIMBERG^{1/}, DANIEL ZIELONKA^{1/}, CZESŁAW ŻABA^{2/},
HANNA WIŚNIEWSKA-ŚLIWIŃSKA^{1/}

^{1/} Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{2/} Katedra i Zakład Medycyny Sądowej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wprowadzenie. Pojawił się nowy rodzaj pozwów przeciwko szpitalom, który dotyczy archiwalnych metod postępowania lekarskiego, jakie z biegiem lat i rozwoju medycyny opartej na dowodach (EBM) uległo diametralnej zmianie. Obecnie dawne metody diagnostyki i leczenia są traktowane w pozwach do sądu jako błędy medyczne.

Cel. Otwarcie dyskusji na temat postrzegania dawnych metod postępowania lekarskiego jako błędów medycznych.

Przypadki. Przedstawiono 2 przypadki pacjentów z postawionym przed laty rozpoznaniem stwardnienia rozsianego w odniesieniu do których niedawno pojawiły się podejrzenia, iż rozpoznanie postawione w przeszłości było niewłaściwe. W obu przypadkach pacjenci wraz z ich prawnikami wytoczyli procesy szpitalom i lekarzom, u których byli diagnozowani i leczeni w przeszłości.

Wnioski. Choć pozwy dotyczą prawidłowo przeprowadzonego procesu diagnostyczno-terapeutycznego wedle wiedzy lekarskiej w czasach gdy pacjenci byli diagnozowani i wydają się zupełnie bezzasadne, to zarówno pacjenci jak i ich prawnicy nie rezygnują z oskarżeń szpitali i lekarzy. Dawniej procesy tego typu były niemożliwe z uwagi na znacznie wolniejszy postęp wiedzy medycznej niż obecnie, co uniemożliwiało dokonanie weryfikacji rozpoznania. Uwzględniając specyfikę stwardnienia rozsianego pojawia się również zasadne pytanie: czy rozpoznania postawione przed laty było faktycznie błędne?

Słowa kluczowe: *pozwy sądowe, błąd medyczny, błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny, stwardnienie rozsiane*

Introduction. There is a new type of lawsuits against hospitals, which relates to archival methods of medical practice, which over the years and the development of evidence-based medicine (EBM) has been radically changed. Today, the old methods of diagnosis and treatment are treated in a dozen cases to court as medical errors.

Aim. The opening discussion on the perception of ancient methods of medical practice as a medical error.

Cases. We present 2 cases of patients diagnosed with multiple sclerosis many years ago in respect of which recently appeared in the suspicion that the diagnosis posed in the past was wrong. In both cases, patients and their lawyers unleashed lawsuits against hospitals and doctors, who were diagnosed and treated in the past.

Conclusions. Although the complaints are about a well-implemented process according to the diagnostic and therapeutic medical knowledge at the time when patients were diagnosed and seem to be completely unfounded, both patients and their lawyers do not give up to court to sue hospitals and doctors. Historically, these processes have been impossible due to the much slower progress than the current medical knowledge, which prevented the verification of diagnosis. Given the specificity of MS also appears reasonable question: is the diagnosis started many years ago was actually wrong?

Key words: *lawsuits, medical malpractice, error diagnostic, therapeutic error, multiple sclerosis*

© Orzecznictwo Lekarskie 2014, 9(1): 28-31

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 27.02.2012

Zakwalifikowano do druku: 11.01.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Prof. dr hab. n. med. Jerzy T. Marcinkowski

Katedra Medycyny Społecznej UMed. w Poznaniu

ul Rokietnicka 5c, 60-806 Poznań

tel. 61 854-73-90, 505-545-057, e-mail: jtmarcin@gmail.com

Wprowadzenie

Stwardnienie rozsiane (łac. *sclerosis multiplex* – SM) to choroba neurodegeneracyjna o patogenezie demielinizacyjnej dotykającej ośrodkowego układu nerwowego. Choroba ma najczęściej przebieg wielofazowy, z okresami zaostrzeń i poprawy, ale poza tą najczęstszą postacią remitująco-nawracającą (*relapsing-remitting*) możliwe są: postać wtórnie postępującą (*secondary progressive*), postać pierwotnie postępującą (*primary progressive*), postać postępująco-nawracającą (*progressive relapsing*).

W ostatnim okresie pojawił się nowy rodzaj pozwów przeciwko szpitalom, kierowanych do sądów w sprawach pacjentów, u których rozpoznawano stwardnienie rozsiane (SM) – z zarzutem głównym popełnienia błędu medycznego.

Cel pracy

Podjęto próbę otwarcia dyskusji na temat nowych rodzajów pozwów dotyczących rozpoznania klinicznych, w szczególności stwardnienia rozsianego, postawionych przed wielu laty zgodnie z ówczesną wiedzą lekarską.

Przypadki pozwów sądowych

Przedstawiono 2 przypadki, w których po wielu latach od postawienia rozpoznania klinicznego poddane ono zostało weryfikacji – choć niepewnej, ale skłaniającej pacjentów i ich prawników do pozwów przeciwko szpitalom (oddziałom szpitalnym) i lekarzom celem wyegzekwowania odszkodowań za błędy medyczne diagnostyczne i będące tego następstwem błędy terapeutyczne.

Przykład 1.

Kobieta, lat 62, u której w oddziale neurologii w 1987 roku rozpoznano SM, domaga się bardzo wysokiego odszkodowania z tytułu błędu medycznego diagnostycznego i terapeutycznego. Pobierała ona z powodu tej choroby przez ponad 25 lat rentę z tytułu całkowitej niezdolności do pracy. W ostatnim okresie komisja lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) nie przedłużyła jej świadczeń rentowych, stwierdzając zdolność do pracy. Kobieta ta domaga się wysokiego odszkodowania od szpitala z następujących powodów:

1. błędnie rozpoznano u niej SM, którego – jak wynika z orzeczeń ZUS – u niej nie było,
2. niepotrzebnie była leczona z racji nie istniejącego u niej SM licznymi lekami, w tym sterydami, które posiadają szereg objawów ubocznych – co negatywnie wpływało na jej stan zdrowia,
3. z powodu skierowania jej na rentę utraciła pracę i nie miała możliwości rozwinięcia swej kariery

ry zawodowej, a przy tym utraciła możliwość dorobienia się majątku.

Przykład 2.

Mężczyzna, lat 57, wielokrotnie hospitalizowany w oddziale neurologicznym, z rozpoznaniem SM, u którego w kolejnych pobytach stwierdzano stopniowe pogarszanie się stanu klinicznego, zmarł z powodu powikłań choroby zasadniczej, jakimi były: zakażenie układu moczowego i gruźlica płuc. Główny zarzut znajdujący się w pozwie dotyczył błędu medycznego, a mianowicie tego, iż chorobą zasadniczą pacjenta było wodogłowie normotensyjne a nie SM. W tym przypadku wydawanych było kilka opinii sądowo-lekarskich, przy czym pierwsza wydawana była w okresie, gdy chory jeszcze żył. W tej pierwszej opinii biegły w konkluzji stwierdzał, że z dużym prawdopodobieństwem jest to przypadek SM a rozpoznawanie wodogłowia normotensyjnego jest mało prawdopodobne. Orzekanie w okresie wydawania pierwszej opinii było utrudnione z uwagi na fakt, iż stwierdzając w tomografii komputerowej objawy wodogłowia założono pacjentowi operacyjnie zastawkę komorowo-otrzewnową. Tutaj należy jednak mocno podkreślić fakt, że po implantacji wspomnianej zastawki nie zaobserwowano uchwytnej poprawy klinicznej. Ostatnią opinię biegły wydawał już po śmierci pacjenta, gdy znany był wynik sekcji mózgu wraz z badaniami histopatologicznymi – gdzie w obrazie histopatologicznym rozpoznawano jednoznacznie SM bez wzmianki o wodogłowie normotensyjnym. Mimo to adwokat nadal zarzucał błąd medyczny diagnostyczny, interpretując wynik badania histopatologicznego jako orzeczniczco niepewny.

Dyskusja

W pierwszym omówionym przypadku pojawia się zupełnie nowy rodzaj pozwów, gdzie zakres odpowiedzialności dotyczy nie tylko stricte stanu zdrowia, ale także utraty pracy i – z powodu niejako przymusowego wieloletniego pobytu na rencie – utraty możliwości awansu społecznego oraz związanych z tym korzyści majątkowych.

Jeśli chodzi o orzecznictwo lekarskie dotyczące SM, gdzie w opinii biegły ma się wypowiedzieć odnośnie okresu od 1987 roku, to oczywistym jest, że takie opiniowanie ma charakter spojrzenia historycznego. Mianowicie w 1987 roku diagnostyka w oddziałach neurologicznych była znacznie uboższa niż obecnie, dostęp do tomografii komputerowej był ograniczony, jeszcze trudniejszy był dostęp do tomografii rezonansu magnetycznego, w płynie mózgowo-rdzeniowym nie robiono jeszcze wówczas badań na obecność prążków oligoklonalnych, nie

badano wówczas jeszcze wzrokowych i somatycznych potencjałów wywołanych. W tamtym już dość odległym okresie w rozpoznawaniu klinicznym opierano się głównie na wywiadzie chorobowym, wynikach badania przedmiotowego, wynikach badania płynu mózgowo-rdzeniowego na ówczesnym poziomie oraz na dalszym przebiegu klinicznym – głównie obserwacji, czy pojawiają się kolejne rzuty choroby.

Konieczne jest w tym miejscu przedstawienie historii kryteriów diagnostycznych SM – poczynając od 1965 roku. Łącznie kryteria diagnostyczne były zmieniane od tego okresu 5 razy. W roku 1965 po raz pierwszy udało się amerykańskiemu komitetowi opracować spójne kliniczne kryteria (tzw. kryteria Schumachera) niezbędne do rozpoznania SM. Zakładały one tzw. multiplikację czasową – tzn. co najmniej dwukrotną manifestację choroby w odstępie 6 miesięcy albo stopniowe – nieprzerwane okresami poprawy – pogorszenie stanu chorego w trakcie owych 6 miesięcy. Drugie kryterium, to kliniczna manifestacja choroby obejmująca co najmniej dwie niezależne od siebie „części” centralnego układu nerwowego. Co wynika z tych kryteriów? Nie można rozpoznać choroby już na podstawie pierwszych objawów! (kryterium czasu) – można tu jedynie zaliczyć pacjenta do tzw. grupy ryzyka (jak np. w przypadku przebytego po raz pierwszy pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego). Z drugiej strony powtarzanie się tych samych objawów (np. wyłącznie pozagałkowe zapalenia nerwu wzrokowego) bez klinicznego lub radiologicznego potwierdzenia zajęcia innych części ośrodkowego układu nerwowego – również nie pozwala *per definitionem* na ostateczne rozpoznanie SM [1, 2, 3, 4].

Drugi przypadek stanowi novum w kazuistyce sądowno-lekarskiej dotyczącej SM. Mianowicie od dziesięcioleci w nauczaniu klinicznym neurologii podaje się, że rozpoznania SM są możliwe z różnym stopniem prawdopodobieństwa, przy czym stuprocentowa pewność odnośnie rozpoznania klinicznego jest możliwa tylko wówczas, gdy dysponujemy wynikami badań histopatologicznych z sekcji mózgu. W tym przypadku okazuje się, że nawet takie wyniki nie kończą dyskusji z adwokatami, a dalsze orzekanie sądowno-lekarskie toczy się z obecnością neuropatologów. Adwokaci spodziewają się uzyskać dowód z opinii neuropatologów tego rodzaju, że chorobą zasadniczą było wodogłowie normotensyjne, a SM tylko chorobą współistnie-

jącą, co rozstrzygałoby na rzecz popełnienia błędu medycznego diagnostycznego i związanej z tym błędnej terapii – i dawałoby podstawy do wyroku skazującego oddział neurologiczny (szpital) na wypłatę odszkodowania.

Przytaczane przykłady ilustrują bardzo częste nierozróżnianie pomiędzy błędem medycznym a niepowodzeniem medycznym. Przy omawianiu ryzyka wystąpienia błędu lekarskiego nie sposób nie zwrócić bowiem uwagi na to, że często właśnie w granicach ryzyka mieszczą się niekorzystne dla zdrowia poszkodowanych czy pokrzywdzonych wyniki leczenia [5]. Brak należytych środków i trybów pozwalających odróżnić niepowodzenie medyczne od błędu medycznego byłby realnym zagrożeniem obiektywizmu i profesjonalizmu – zarówno samego funkcjonowania lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej, jak też orzecznictwa procesowego w tym względzie [6]. Problemy te zamiast obiektywizować wyostrajają i eskalują, jątrząc nastroje społeczeństwa, masmedia, często poszukujące tanich sensacji i skandalizujące jednostronnymi relacjami [6]. Ponadto działają wyspecjalizowani w tym obszarze prawnicy [np. 7].

Podsumowanie i wnioski

Rozpoznanie SM ma bardzo poważny wpływ na dalsze życie chorego, w tym na rezygnację z pracy i z kariery zawodowej, co zostało wypomniane w przypadku pierwszym. Przy tym każdy pacjent reaguje indywidualnie na informację o chorobie. Dlatego forma przekazania diagnozy i wsparcie psychiczne, jakie przy tym chory powinien otrzymać, będą miały znaczący wpływ na to, jak sobie poradzi w powstałej sytuacji. Chory nie powinien mieć wątpliwości co do stopnia pewności (i stopnia niepewności) rozpoznania – i dlatego wyjaśnienie na podstawie jakich kryteriów diagnostycznych doszło do rozpoznania SM ma istotne znaczenie. To neurolog prowadzący diagnostykę powinien poinformować chorego o rozpoznaniu, mając świadomość jak ważny jest sposób przekazania informacji o rozpoznaniu klinicznym – także w aspekcie zapobiegania na przyszłość pozwom sądowym, jak w podanych wyżej przykładach. Chorzy oczekują podania rozpoznania w sposób zrozumiały dla nich – ze szczególnym określeniem rokowania. To oczywiście wymaga poświęcenia im dostatecznie dużo czasu i uwagi [8].

Piśmiennictwo

1. Poser CM, Paty DW, Scheinberg LC, et al. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols. *Ann Neurol* 1983, 13: 227-231.
2. McDonald WI, Compston A, Eden G, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines from the international panel and the diagnosis of multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2001, 50: 121-127.
3. Polman CH, Reingold SC, Eden G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "Mc Donald Criteria". *Ann Neurol* 2005, 58: 840-846.
4. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, Fujihara K, Havrdova E, Hutchinson M, Kappos L, Lublin FD, Montalban X, O'Connor P, Sandberg-Wollheim M, Thompson AJ, Waubant E, Weinschenker B, Wolinsky JS. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol* 2011, 69(2): 292-302.
5. Świątek B. Błędy lekarskie w praktyce medyka sądowego. *Prawo Med* 2000, 5(2): 39-47.
6. Witkowski J. Błąd lekarski: ryzyko popełnienia a kwestia obiektywizmu w orzekaniu. *Prawo i Medycyna*. <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=163&PHPSESSID=28110c71704ca4550a>
7. Medicalex. Odszkodowania za błędy medyczne. <http://www.medicalex.pl/>
8. Potemkowski A. Kryteria rozpoznania stwardnienia rozsianego. *Pol Przegl Neurol* 2008, 4, supl. A, www.ppn.viamedica.pl